

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

500

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Robert-Paul GAVREL

Interne des Hôpitaux d'Orléans.

Né le 13 juin 1907 à Bourges (Cher)

**TRAITEMENT
DE CERTAINES TUBERCULOSES
PAR L'ALLERGINE**

Président de Thèse : M. P. MATHIEU, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

**TRAITEMENT
DE CERTAINES TUBERCULOSES
PAR L'ALLERGINE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Robert-Paul GAVREL

Interne des Hôpitaux d'Orléans.

Né le 13 juin 1907 à Bourges (Cher)

TRAITEMENT DE CERTAINES TUBERCULOSES PAR L'ALLERGINE

Président de Thèse : M. P. MATHIEU, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	PROUST.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BESANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâtr.
 BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD Et... Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale
 DE GAUDART
 D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ Henri.. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expériment.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI... Neurologie et Psychiâtr.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale
 SÉZARY Dermatologie et syphi-
 ligraphie.
 TROISIER Pathologie expériment.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLÉRY-RADOT
 (Pasteur) .. Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN		LE LORIER ...	
BRULÉ		LÉVY-SOLAL ..	
CHIRAY		METZGER	
DUVOIR			
HARVIER			
LIAN			

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
CADENAT	
HEITZ-BOYER ..	
MOCQUOT	
MOURE	
SCHWARTZ ...	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agr.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. le PROFESSEUR PAUL MATHIEU

Professeur de Clinique orthopédique de l'Adulte
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Cochin,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider notre
Thèse.*

*En témoignage de respectueuse
reconnaissance.*

A mon Maître le PROFESSEUR ANDRÉ JOUSSET

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette Thèse et a bien voulu
nous guider dans notre étude
et dans le traitement de nos
malades.*

*En témoignage de notre affec-
tueux dévouement.*

A mon Maître le DOCTEUR LUIZY

Médecin spécialisé des Dispensaires du Loiret.

*Nous lui sommes profondément
reconnaissant de ses conseils
précieux qui nous ont guidé
dans l'élaboration de notre
Thèse.*

A mes Maîtres, Médecins et Chirurgiens
des Hôpitaux de Tours,

LES DOCTEURS GUILLAUME-LOUIS CHEVÉ
HUC, GAUDEAU

A mes Maîtres, Médecins et Chirurgiens
des Hôpitaux d'Orléans

LES DOCTEURS MARRE, DESHAYES, MERCIER
MOLVEAUX, RENEVEY, GAUFROY, SÉGELLE
DENIS (*in memoriam*), SIMONIN, DEROUET
CAILLAUD.

*Qui ont été pour nous des chefs
de service pleins de bienveil-
lance.*

A MM. les DOCTEURS CHEVEREAU et FAUCHER,
Chirurgiens de l'Hôtel-Dieu,

*Dans les services de qui nous
avons traité la plupart de nos
malades.
En témoignage de notre vive
reconnaissance.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

**TRAITEMENT
DE CERTAINES TUBERCULOSES
PAR L'ALLERGINE**

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION DE LA LÉSION TUBERCULEUSE

MIGRATION DU BACILLE

FORMES DIFFÉRENTES DE LA MALADIE

CHAPITRE II

TRAITEMENTS CLASSIQUES DE LA TUBERCULOSE

CHAPITRE III

PHÉNOMÈNE DE KOCH — ALLERGIE — ALLERGINE

PLAN

Pour interpréter, avec le plus de précisions possibles, les phénomènes cliniques que présentent les

malades traités par l'Allergine, un rappel sommaire d'anatomie pathologique est nécessaire.

Il convient de rappeler l'aspect anatomo-pathologique de la lésion tuberculeuse, la façon dont elle envahit les différents organes, et les formes différentes que présente son évolution.

Ensuite, afin de pouvoir situer l'Allergine dans la thérapeutique antituberculeuse, il est utile de citer les traitements classiques de cette maladie avant d'aborder les observations de malades traités par ce médicament et l'interprétation qu'il convient de leur donner.

La lésion tuberculeuse a pour caractéristique d'être constituée d'éléments folliculaires dans lesquels le bacille et les différentes formations de la défense de l'organisme se disposent dans un certain ordre que l'on peut schématiser de la façon suivante :

On trouve au centre de la lésion tantôt un seul, tantôt plusieurs bacilles inclus dans une cellule géante au milieu de matière caséeuse. Tout autour s'étend une zone de cellules lymphoïdes limitées à la périphérie par une coque fibreuse de défense séparant le follicule tuberculeux ainsi formé des tissus avoisinants. Cet isolement, dans lequel se trouve le bacille, indique deux choses :

D'une part, que les moyens de défense utilisés par l'organisme n'allant pas jusqu'à détruire le bacille, se bornent à l'isoler comme un corps étranger ;

D'autre part, du fait de ce qui l'entoure, le bacille

se trouve à l'abri de tous les antiseptiques qui seraient susceptibles de le détruire.

Tantôt la formation lymphoïde, tantôt la formation fibreuse prédomine, suivant la qualité des toxines bacillaires qui déterminent électivement l'une ou l'autre réaction, et l'évolution se fait ainsi, tantôt vers une forme ramollie du centre, à la périphérie, tantôt vers une forme fibro-calcaire. Les follicules, gros comme des grains de millet, sont tantôt disséminés, tantôt confluent, donnant lieu à ce qu'on appelle *le Tubercule*.

On a décrit des Tuberculoses ne présentant pas la formation folliculaire et déterminant des septicémies plus ou moins discrètes, précédant ou non des localisations.

PROPAGATION

Par quel endroit le bacille pénètre-t-il dans l'organisme et quel chemin emprunte-t-il pour l'infecter ?

Pour la plupart des auteurs, la contamination date de l'enfance. Pour les uns, la porte d'entrée est intestinale, le bacille pénètre avec le chyle dans les vaisseaux lymphatiques, de là gagne les ganglions mésentériques qui, agissant d'abord à la façon de filtres, peuvent constituer des réserves de bacilles susceptibles d'infecter secondairement telle ou telle région.

Pour d'autres, la contamination se fait par l'arbre respiratoire, donnant lieu à l'invasion des ganglions du médiastin. Si nous savons que le bacille peut exis-

ter dans tous les tissus du corps, nous possédons des renseignements moins précis sur ce qui touche les rapports du bacille et du système lymphatique. Quel est exactement le sens de la propagation du bacille dans ce milieu ? Quelles sont surtout les modifications chimiques et biologiques que sa présence y entraîne ? Dans quelle mesure la nutrition générale en est-elle modifiée ? Voilà autant de questions dont l'intérêt est de premier plan.

PHÉNOMÈNE DE KOCH

Comment, maintenant, l'organisme s'adapte-t-il à l'invasion tuberculeuse ?

Supposons qu'une dose notable de bacilles soient introduits d'emblée sous la peau d'un animal neuf de toute atteinte préalable. Que se passera-t-il ? Une septicémie bacillaire en résultera, entraînant la mort rapide.

Supposons maintenant que nous laissions filtrer chez un animal sain des bacilles en quantité infime. Celui-ci conservera une bonne santé apparente et ne semblera pas incommodé. Si, à cet animal ainsi préparé, nous injectons secondairement une forte dose de bacilles comme dans la première expérience, au lieu d'une septicémie mortelle, il se produira dans le second cas une nécrose locale, puis élimination de la lésion.

L'organisme, dans le second cas, à la faveur d'une

injection préparante, s'est créé un état de résistance qui lui a permis de se débarrasser d'une dose mortelle pour un sujet neuf.

C'est là le Phénomène de Koch.

Ce phénomène est particulièrement intéressant, car la formation du tubercule que nous avons décrit précédemment procède d'un mécanisme analogue. L'infection primitive ganglionnaire existant : une inoculation secondaire au niveau des poumons, par exemple, donnera lieu à la formation d'un tubercule au lieu d'inoculation qui tendra à éliminer par les voies respiratoires.

Cet état de résistance du sujet défini par le phénomène de Koch nous conduira à une notion capitale, car elle est la base même du traitement de la tuberculose par l'Allergine, c'est la définition des états d'*allergie* et d'*anergie*.

Si l'allergie est l'état de résistance à la bacillose créé par une inoculation primitive légère à un sujet dont l'organisme se trouve de ce fait modifié et adapté à la lutte contre le bacille, par contre l'anergie est l'état dans lequel se trouve un individu qui ne se défend pas contre l'infection bacillaire.

Cette anergie existe non seulement chez le nouveau-né, en dehors de toute contamination de cet ordre, mais aussi chez l'adulte antérieurement allergique, qui vient de faire une maladie anergissante, car il existe des maladies qui diminuent la résistance du sujet d'une façon suffisamment grande pour le laisser sans

défense en face d'une contamination bacillaire. Telles sont la fièvre typhoïde et la pneumonie.

L'anergie existe enfin chez les tuberculeux qui ont épuisé toutes les ressources de défense de leur organisme, ceux qui sont dans un état désespéré.

Par quel moyen peut-on contrôler l'allergie, déceler une anergie débutante, sonder la résistance d'un malade au cours de l'évolution de sa maladie ?

La Tuberculine de Koch est utilisée à cet effet. Cette substance, introduite chez un tuberculeux, y déclenche une réaction spécifique que ne présente pas le sujet sain. Injectée sous la peau, elle provoque une réaction thermique avec phénomènes généraux locaux et focaux. Un érythème se produit au lieu d'injection et le foyer tuberculeux se trouve stimulé, ce qui n'est pas sans danger.

Injectée dans l'œil d'un tuberculeux, une goutte de tuberculine déclenche en quelques heures une conjonctivite, ce qui, outre l'inconfort qui en résulte pour le malade, peut donner lieu à des infections associées ; c'est ce qu'on appelle l'Ophtalmo-réaction.

L'intradermoréaction de MANTOUX, qui consiste en l'injection intradermique d'une goutte de tuberculine, donne chez le malade une réaction en cocarde ne présentant aucun danger. Beaucoup se servent de cette réaction, mais la plupart préfèrent la cuti-réaction ou réaction de VON PIRQUET, moins délicate et très commode. VON PIRQUET pratique une scarification légère épidermique superficielle sur lequel il dépose un peu de tuberculine, et laisse 10 minutes à l'air. Si le

sujet est tuberculeux, 24 à 48 heures après se forme un érythème qui devient une papule dure au palper, de couleur rose ; si le sujet est sain, rien ne se produit.

Chez l'enfant cette réaction est particulièrement précieuse, car elle apporte un argument de valeur dans le diagnostic de la maladie, en même temps qu'un pronostic, car elle permet de déterminer, dans une grande mesure, la résistance du malade. En effet, on constate que, chez un enfant dont l'état général s'effondre, la cuti devient négative alors qu'il est flagrant que l'évolution tuberculeuse se poursuit. Chez l'adulte, la cutiréaction est d'ordinaire très légèrement positive, alors que nous ne découvrons aucun signe de tuberculose. La raison en est sans doute une infection très légère du jeune âge ayant déclenché l'allergie. Ceci montre que l'on doit être très prudent pour porter le diagnostic de tuberculose sur une cuti positive chez un adulte.

Somme toute, la cutiréaction peut donc à la fois :

1° Signaler une contamination bacillaire chez le jeune enfant ;

2° Ecarter le diagnostic étiologique de bacillose au cours d'une maladie anergisante d'allure suspecte ;

3° Faire toujours le pronostic chez un tuberculeux au cours de la maladie.

Enfin, il convient de conclure que la cutiréaction positive, si elle donne souvent la preuve de l'infection bacillaire, apporte en même temps le témoignage d'une bonne défense de l'organisme.

Les différentes formes sous lesquelles se présente la

tuberculose sont fonction de trois facteurs principaux : l'appareil qui est le siège de l'infiltration tuberculeuse, la souche bacillaire dont la virulence est infiniment variable, et, enfin, la résistance du malade.

Si les bacilles demeurent localisés au système lymphatique, ganglions médiastinaux par exemple, nous aurons la forme ganglionnaire souvent bénigne de l'enfance, mais prenant aussi parfois la forme suraiguë (rare) de l'adénopathie, trachéo-bronchique évolutive.

L'invasion intéresse-t-elle une séreuse articulaire ou le périoste d'un os quelconque, peu à peu les follicules tuberculeux donneront naissance à des fongosités bacillifères, à des foyers de nécrose avec formation de séquestres. L'évolution sera lente, mettra des mois et des années. La tuberculose pulmonaire prendra des aspects variés dont on constate toute l'échelle de gravité, depuis les tuberculoses fibreuses inactives jusqu'à la phthisie pulmonaire : scissurites, lobites, tuberculoses fibro-caséuses, ulcéro-caséuses, ulcéreuses, granuliques, disséminée sur l'étendue des poumons, entraînant la mort à bref délai.

Une ou plusieurs séreuses peuvent être intéressées simultanément avec réaction liquidienne, nous aurons une pleurésie séro-fibrineuse, à pronostic en général bénin, une polysérite grave, des péritonites soit à granulations miliaires et ascites, soit à gâteaux fibro-caséaux.

Les méninges, comme les autres séreuses, peuvent

être envahies, donnant à une méningite d'une exceptionnelle gravité.

Différents organes, dont particulièrement les organes génito-urinaires, s'infectent, donnant lieu à des formes dont le pronostic varie suivant la fonction de l'organe atteint.

Il existe de véritables septicémies tuberculeuses dans lesquelles le bacille de Koch, sans se fixer sur un appareil quelconque, produit une infection générale particulièrement sérieuse.

RAPPEL THÉRAPEUTIQUE

En face de cette maladie si sévère faisons maintenant le bilan des ressources thérapeutiques classiques, de leurs indications et de leur efficacité.

La cure hygiénodététique a pour but de mettre le malade dans les meilleures conditions de résistance : propreté, régularité de l'existence, nourriture substantielle, drainage de l'intestin et du foie.

La cure de repos — lit et chaise longue — destinée à éviter la fatigue et la mobilité de l'organe malade et par voie de conséquence la dissémination de l'infection.

La climatothérapie, l'envoi des malades à la montagne, dans un sana d'altitude, qui permet d'abord de soustraire le malade à l'existence des villes, de lui faire respirer un air froid et sec et de ralentir l'évolution de la maladie, car c'est un fait bien connu

que les climats humides et chauds sont ceux qui favorisent le plus l'éclosion de la tuberculose.

La cure marine, par les principes de l'eau de mer et l'héliothérapie qui l'accompagne, influe très favorablement sur l'évolution des tuberculoses externes osseuses, ganglionnaires et cutanées, mais elle aggrave les tuberculoses internes.

COLLAPSOTHÉRAPIE

Pour parfaire la cure de repos on a imaginé des interventions qui ont pour objet d'immobiliser un poumon. Il s'agit du pneumothorax artificiel et de la phrénicectomie, qui ont leur indication dans les tuberculoses pulmonaires évolutives à localisation unilatérale ; elles agissent en mettant le poumon au repos, ce qui permet l'immobilisation des foyers, le développement du processus fibreux ; en même temps, ces manœuvres évitent la rupture à l'occasion de quintes de toux, de capillaires, et la dissémination de l'infection. Malheureusement, il faut compter avec la symphyse pleurale possible, les phénomènes d'innerivation de suppléance à propos du phrénique. On peut être amené enfin à pratiquer la thoracoplastie, intervention mutilante et grave réservée aux graves tuberculoses unilatérales que les méthodes précédentes ne peuvent immobiliser.

CHRYSOTHÉRAPIE

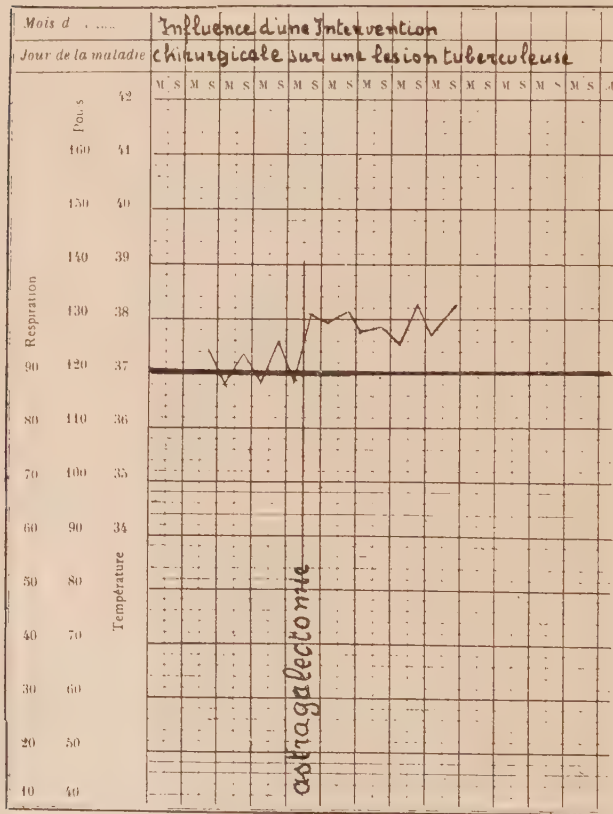
En dehors de ces interventions, qui sont des moyens mécaniques, on a mis en œuvre des substances chimiques reconnues toxiques pour le bacille ; c'est ainsi que la chrysothérapie est entrée dans le domaine de la tuberculose ; les accidents tant digestifs, cutanés, urinaires que sanguins, qui ont limité l'emploi des sels d'or, se rencontrent moins souvent, semble-t-il, avec l'emploi du MYORAL, sel d'or et de calcium en solution huileuse.

ANTISEPTIQUES PULMONAIRES

Toute la gamme des *antiseptiques pulmonaires* s'est montrée à peu près inefficace en raison des barrières de défense qui enveloppent les bacilles, et qui pour la circonstance se présentent comme une coque protectrice arrêtant l'action des substances antiseptiques, et cela, qu'elles soient introduites par la voie intratrachéale, digestive ou sous-cutanée. On s'est efforcé de stimuler différentes fonctions du corps par des substances comme le *chlorhydrate de choline*, qui intervient comme stimulant de la génèse des éléments du sang, en particulier des mononucléaires, il provoque comme vagotonique une hypersécrétion intestinale qui n'est pas sans intérêt.

AUTRES TRAITEMENTS

L'opothérapie et la zoothérapie permettent de renforcer le plan de résistance du malade. On a cru pouvoir employer comme substance vaccinnante des subs-



tances analogues à la tuberculine de Koch rendues moins toxiques par des artifices de préparation.

Tel est l'Antigène méthylique de NÈGRE et BOCQUET.

Si certaines ostéites tuberculeuses bénignes des sujets robustes permettent l'intervention avec grattage et évidemment des séquestres et des fongosités, la plus grande part des affections osseuses et articulaires échappent à la chirurgie, qui se borne à procéder à des opérations d'un pronostic fonctionnel médiocre, telles sont les résections des différentes articulations. On ne peut, en général, se permettre de gratter une ostéite tuberculeuse, de même un abcès froid, sans voir la température s'allumer et les lésions prendre un caractère extensif (voir feuille I), d'où traitement classique qui comprend, avec la cure marine, un ensemble d'injections, modificatrices intrafocales, l'immobilisation plâtrée et la compression ouatée. Le but actuellement recherché, c'est l'ankylose ; on sacrifie au pronostic vital le pronostic fonctionnel.

ALLERGINE

Quelle place doit occuper, dans la thérapeutique que nous venons de passer en revue, l'Allergine du Professeur JOUSSET ? Avant de présenter les différentes observations dont l'étude fait l'objet de cette thèse, une question est à poser.

Qu'est-ce que l'Allergine ?

C'est une substance contenant un milligramme de B. K. par centimètre cube, débarrassée, par une technique de préparation très spéciale, de la tuberculine.

Comme l'indique son nom, son action repose sur un état de résistance du malade que nous avons défini précédemment sous le nom d'Allergie.

Cette indication est analogue à celle des vaccins en général dont l'emploi n'a de valeur que dans la mesure où la résistance du sujet en permet l'application.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Ces observations ont été choisies parmi un certain nombre d'autres en raison de la forme particulière de tuberculose que chacune d'entre elles représente et qui permet de rendre plus visible l'adaptation spéciale à chaque cas de la technique générale d'emploi de l'Allergine et des différentes doses efficaces atteintes.

D'autre part, ces observations, par leur diversité, témoignent de l'étendue des indications de cette substance qui se révèle capable de traiter des formes de tuberculose très différentes les unes des autres.

Ces observations seront présentées dans l'ordre suivant :

I. — Homme, 27 ans : Adénite tuberculeuse.

II. — Homme, 36 ans : Abscess froid costal.

III. — Jeune femme, 27 ans : Tuberculose ulcéro-fibreuse subaiguë bilatérale.

IV. — Jeune homme, 19 ans : Tuberculose laryngo-pulmonaire.

V. — Enfant de 11 ans : Arthrite tuberculeuse du genou.

VI. — Enfant de 7 ans : Tuberculose diaphysaire du tibia.

VII. — Homme, 57 ans : Ostéite tuberculeuse du grand trochanter et du col fémoral.

VIII. — Jeune homme, 20 ans : Tumeur blanche du cou de pied.

OBSERVATION I

Le 2 février 1934, M. J..., âgé de 27 ans, vient montrer à la consultation, dans la région sous-angulo-maxillaire gauche, une masse fluctuante sensible à la palpation, qu'il déclare s'être formée insidieusement en l'espace de trois mois, en dépit de tous les traitements locaux qu'il a suivis.

Il ne se souvient avoir eu, à l'origine de cette adénopathie, aucune lésion bucco-pharyngée ou cutanée qui ait pu justifier cette réaction ganglionnaire.

A l'interrogatoire, le malade nous apprend qu'il a été plâtré pendant un an pour coxalgie. Sa température est normale ; l'examen pleuro-pulmonaire ne présente rien de pathologique ; la rate n'est pas perceptible ; son état général est médiocre ; il n'a plus d'appétit depuis un mois ; son poids est 74 kilogs.

L'incision libère un pus sérogrumeleux. Cuti-réaction positive. On commence l'Allergine avec 1/2 cc. On provoque une réaction fébrile avec élimination de pus et grumeaux caséeux.

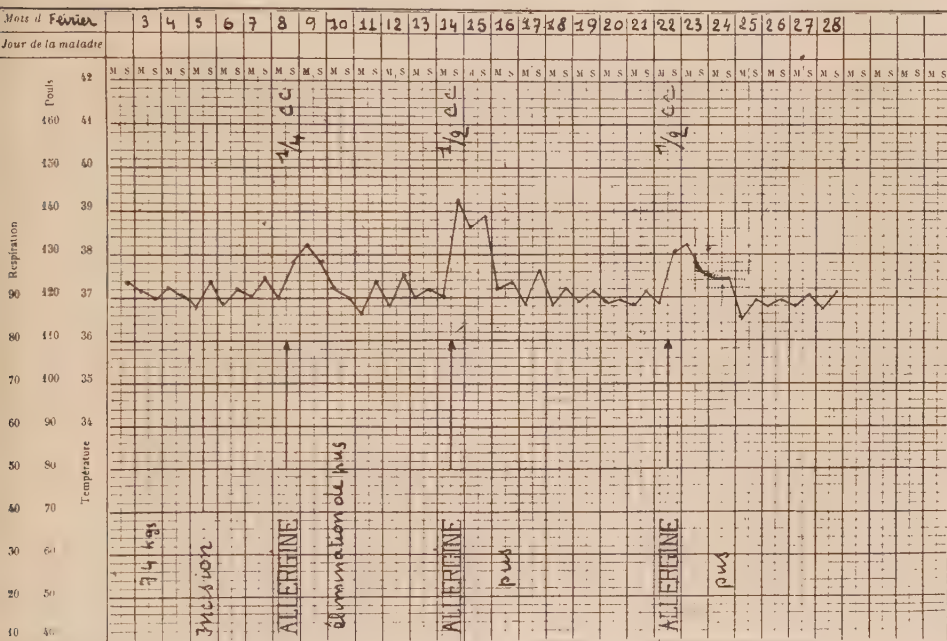
Le 3 mars 1934.

Après la troisième injection, la suppuration éliminatrice de pus lié est moins abondante, la région est

à plat ; il y a amélioration nette de l'état général et retour de l'appétit.

Le malade reste 14 jours sans revenir.

A son retour, on constate que la région sous-angulo-



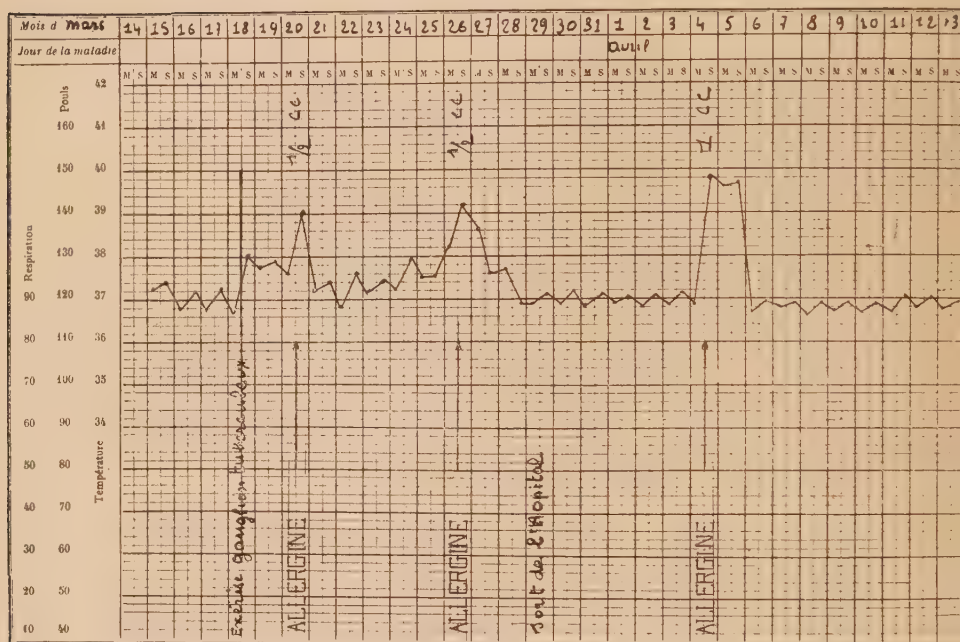
maxillaire est augmentée de volume. Il suinte de la fistule de la sérosité avec débris caséux. La radiographie montre l'intégrité du maxillaire inférieur.

Le 18 mars 1934.

Exérèse de la fistule qui conduit à un ganglion du volume d'un œuf de poule ; on procède à l'ablation du ganglion qui se montre à la coupe avec un centre caséux. On fait un drainage avec mèche imbibée de

sérum hypertonique. La température monte à 38°, mais tombe en deux injections d'allergine de 1/2 cc. Le malade sort de l'hôpital le 29.

Le 5 avril, réaction vive à 39°9 avec 1 cc.



La cicatrisation est rapide, à peine un peu de sérosité suinte encore d'une plaie très diminuée.

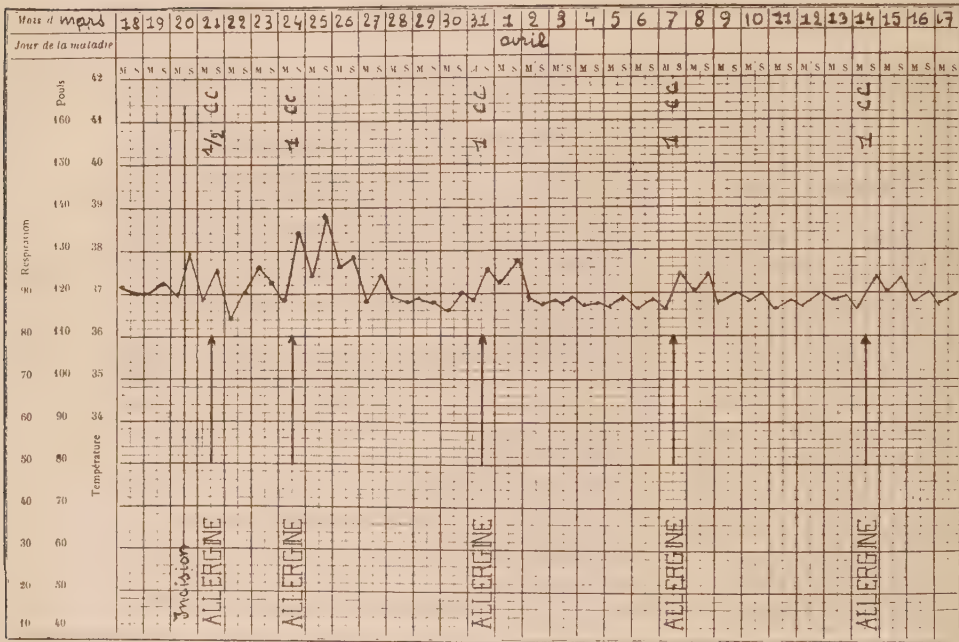
Le 16 avril, plaie entièrement fermée. Le malade n'a plus aucune sensibilité dans la région du cou ; il mange bien, a belle mine, reprend son travail. Il pèse 78 kg. 500.

Le 27 avril, réagit beaucoup moins ; continue à très bien aller.

palpation. La ponction révèle pus. où l'examen de laboratoire ne montre pas de germes. Pas de lésion osseuse costale à la radio. Cuti très positive.

Incision ; drainage. On commence l'Allergine.

Le pus sérogrumeux, libéré au moment de l'inci-



sion, fait place, 36 heures après chaque injection d'Allergine, à un flot de pus lié.

1^{er} mai.

Bon appétit. Bon état général. Le malade a repris 3 kilos depuis le début du traitement.

25 mai.

La plaie est à plat ; un léger suintement suit les

injections d'Allergine qui donnent faible réaction. Peut reprendre son travail.

Le 25 août 1933.

Bon état général. La fistule est tarie. Le malade travaille depuis deux mois.

OBSERVATION III

. Jeune femme de 27 ans, mariée à 19 ans ; est mère d'une fillette de 5 ans.

On note une poussée de tuberculose en 1926, facilement éteinte. Au début de 1931, poussée un peu plus tenace. En octobre 1932, température d'abord fébrile, puis subfébrile et expectoration bacillifère.

Le 27 octobre, clocher à 39°, puis la température oscille entre 37°1 et 37°8 pendant trois semaines.

L'examen du 17 novembre montre :

A l'auscultation : Respiration rude à droite avec craquements et bulleux après la toux, vers la pointe de l'omoplate droite. Expiration prolongée et soufflante à gauche avec crépitations.

La radioscopie montre, à droite, sommet obscur s'éclairant mal à la toux, taches et marbrures au-dessus et au-dessous de la clavicule.

Dans la région scissurale, au-dessus et en dehors des points où les bruits surajoutés étaient les mieux perceptibles, perte de substance au milieu d'un foyer d'ombres. Dans la partie inférieure du poumon il existe une infiltration périhilaire très marquée avec pomme-lures.

A gauche, taches et marbrures disséminées. Infiltration périhilaire nette, mais moins marquée qu'à droite.

Cuti réaction + + +.

En résumé, signes de tuberculose ulcérofibreuse à évolution subaiguë.

Signes locaux ne sont pas très alarmants mais les signes fonctionnels imposent des réserves de pronostic.

La malade, très fatiguée, crache de temps en temps quelques filets de sang.

Le Professeur Jousset est appelé en consultation.

On écarte le pneumothorax droit en raison de l'état du poumon gauche.

L'histoire de la maladie, qui avait présenté plusieurs poussées évolutives, l'allure de la température, la Cuti-réaction fortement positive, fournissent l'indication de l'Allergine.

Dose optima 1/2 cc. donne réaction très vive.

Le 12 décembre, les bruits d'auscultation surajoutés disparaissent ; les signes fonctionnels s'améliorent de façon très nette.

La dernière hémoptysie très nette date du 11 décembre.

A la mi-décembre, M^{me} P... quitte son lit et sa chambre et l'on parle bientôt de la première promenade.

Le 29 décembre, dose insuffisante d'allergine ; stimulation focale suivie d'élévation thermique à 38° qui ne tombe pas.

Le 2 janvier injection plus forte d'Allergine (120), 1/2 cc., clocher à 40° ; chute à la normale en 48 heures.

Trois jours après, amélioration état général, reprise de l'appétit puis des sorties.

Cuti + + +.

A l'auscultation, après la toux, bruits très discrets, sans caractère déterminé au-dessous de la clavicule droite.

A l'écran, les taches et marbrures du sommet droit sont devenues à peine visibles. On retrouve la perte de substance, mais moins nette, par éclaircissement du halo d'ombres environnantes. Les taches périhilaires à droite et à gauche ont beaucoup diminué en étendue et en intensité.

Le 26 janvier on reprend l'Allergine ordinaire pour éviter quelque temps à la malade les fortes réactions pénibles mais salutaires.

Recherche de la dose efficace 1 cc. avec possibilité de monter à 1 1/2 cc. éventuellement.

Les céphalées violentes et l'état de malaise qui suivent les injections peuvent être attribués au mauvais fonctionnement du foie et à l'hypotension. Tension maxima 9.

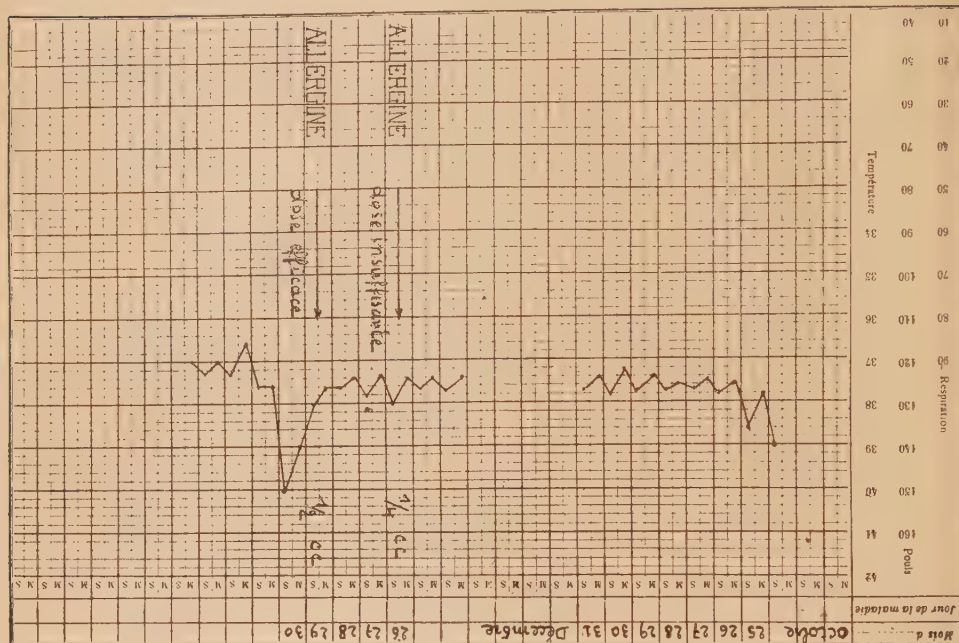
Part au sanatorium du Mont Blanc à la fin de janvier.

Le 8 février lettre du médecin directeur du sanatorium témoignant d'un voyage bien supporté et d'un bon état général.

Le 13 mars 1933, lettre de la malade montrant un bon état moral, une santé satisfaisante et un retour de ses forces.

Plusieurs radiographies ultérieures ont montré un

nettoyage complet des taches existantes. Les sommets sont clairs et rien ne subsiste des nuages pathologiques.

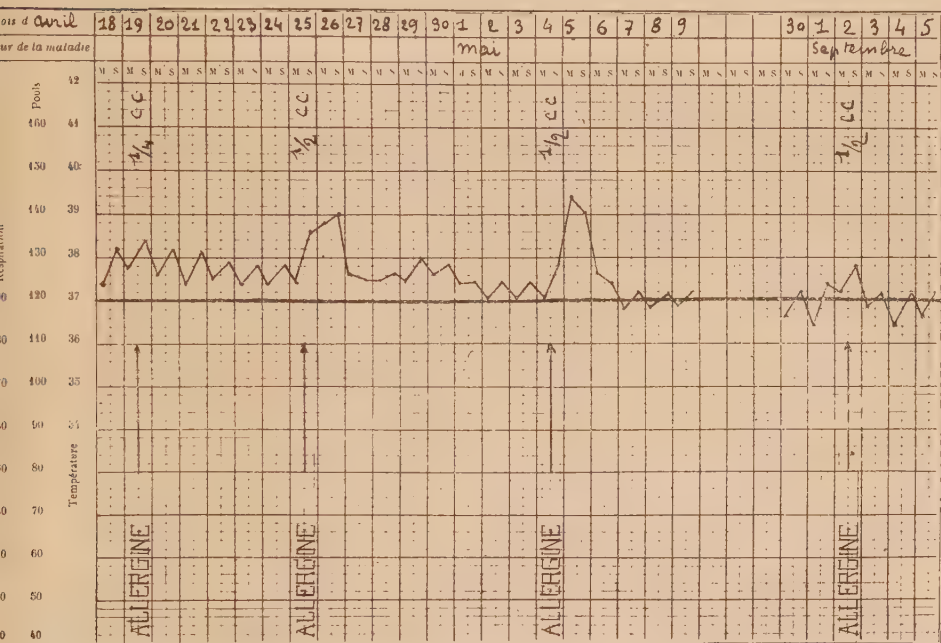


OBSRVATION IV

Le malade M. D..., âgé de 19 ans, a été surveillé au dispensaire depuis janvier 1925, époque où son père meurt de tuberculose.

Le 25 avril 1933 il se présente avec une voix couverte depuis quinze jours ; dans la dernière semaine la fièvre est montée à 37°3-38°. Tousse et crache. On trouve des B. K. dans ses crachats. Cuti + + +. La

radioscopie montre des sommets s'éclairant mal à la toux, des hiles chargés et des pommelures dans la région sous-claviculaire droite. Son poids est de 68 kilogs 100.



On le traite par l'Allergine à la dose optima de 1/2 cc. Réaction générale fébrile à 39°. Réaction locale révélée par renforcement des bruits pathologiques à l'auscultation. Accès de toux. Amélioration rapide.

Le 20 juin 1933 la température est tombée à 36°8-37°1 ; voix à timbre normal. Le poids est à ce moment de 74 kilogs.

Le 14 septembre 1933 état excellent. Pas de tempéra-

ture. Ne tousse ni ne crache. Ne réagit presque plus à l'allergine. Très bon appétit. La radioscopie témoigne de la disparition du processus évolutif.

Le 2 mai 1934. Très bonne santé. Ne présente éventuellement aucun signe de tuberculose, l'examen radioscopique est absolument normal.

OBSERVATION V

L'enfant B. D..., âgé de 11 ans, atteint d'arthrite tuberculeuse du genou, a eu une enfance maladive. Il entre dans le service le 31 janvier 1933. Il y a six mois il a commencé à souffrir d'un genou. La marche est devenue progressivement très douloureuse ; l'examen radiographique révèle une décalcification de la partie antéro-externe inférieure du fémur au-dessus et au-dessous du cartilage de conjugaison.

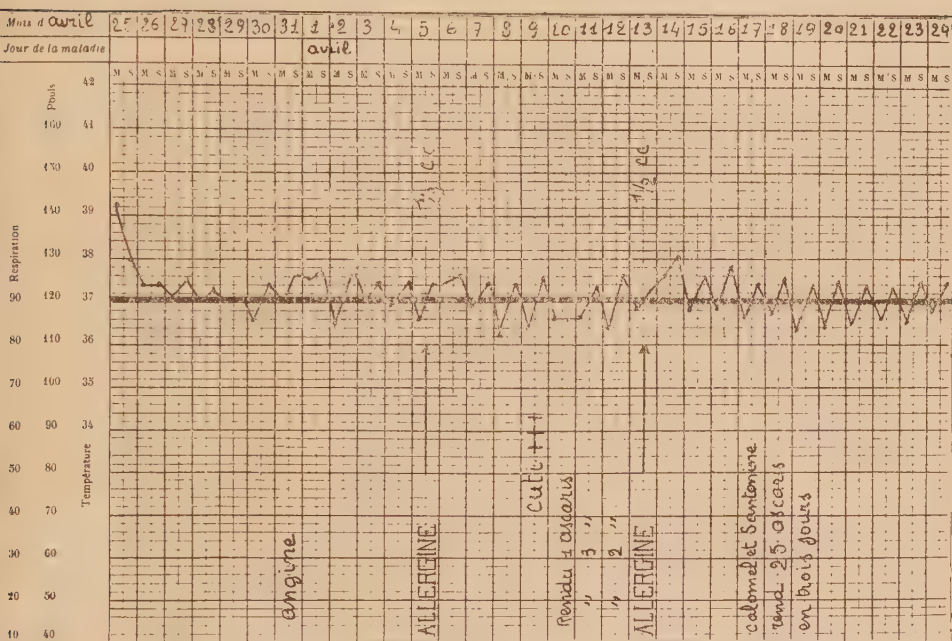
Le 5 avril 1933 il se présente cliniquement avec un genou augmenté de volume, surtout dans le sens antéro-postérieur ; il existe une fluctuation au niveau des culs-de-sac quadricipitaux. On provoque une douleur vive à la pointe de la rotule ; le genou est chaud, les mouvements sont douloureux.

L'articulation est immobilisée dans un plâtre. La Cuti est très positive.

On commence l'Allergine ; la dose optima est de 1 cc. L'enfant rentre chez lui le 12 et revient à l'Hôtel-Dieu pour ses piqûres.

Le 30 casse son plâtre, court et joue avec les autres

on note que la diaphyse est renflée en fuseau, chaude, sensible et volumineuse. L'examen pleuro-pulmonaire ne montre aucune lésion tuberculeuse.

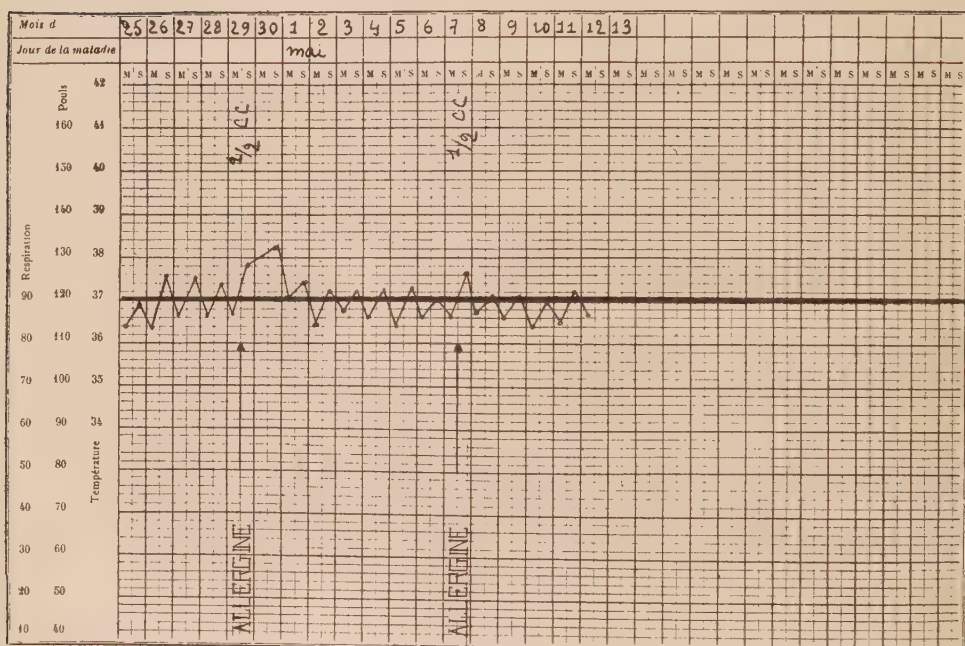


Du 1^{er} au 4 mars elle fait une angine pultacée. Cuti réaction + + +.

On commence l'Allergine, réaction assez vive, température 39°8. L'enfant se plaint de sa jambe malade ; le territoire lymphatique paraît influencé. Les régions où s'étend la polymicroadénopathie sont sensibles.

Six jours après on monte la dose à 1/3 cc. Réaction violente à 40°, suivie des mêmes phénomènes focaux et d'une chute thermique verticale à 37° le lendemain.

suivie, trois jours après, par une amélioration de l'état général et reprise de l'appétit en même temps que la sensibilité de l'os malade paraît diminuer. L'enfant a rendu un ascaris le lendemain de chacune des deux premières injections. On garde la dose de $1/3$ de cc.



Le 5 avril, réaction faible à $37^{\circ}6$, ce qui invite à monter la dose $1/2$ d'Allergine. Réaction à $38^{\circ}1$. Dans l'intervalle des piqûres la température oscille entre $36^{\circ}4$ et $37^{\circ}5$. Le traitement vermifuge débarrasse l'enfant de 30 ascaris.

Actuellement, excellent appétit de la petite malade, bonne mine, tibia absolument indolore ; on retrouve

difficilement sur l'os le relief de la lésion primitive qui est considérablement diminuée.

La petite malade est encore en traitement. La dose de 1/2 cc. se révèle efficace ; la cuti-réaction est toujours demeurée positive.

Poids 15 kg. 500 le 25 avril 1934.

Le 12 mai réaction à 37°6 avec phénomènes focaux peu marqués. L'enfant va bien ; il devient difficile d'apprécier la différence entre la jambe saine et la jambe malade.

OBSERVATION VII

M. G..., âgé de 54 ans, est entré le 21 août 1933 à l'Hôtel-Dieu, atteint d'ostéite tuberculeuse du grand trochanter et du col fémoral.

A l'âge de 16 ans, une cyphose lui est survenue ; il est resté six semaines dans une gouttière souffrant de sa colonne vertébrale. On relève en outre dans ses antécédents des bronchites et des accidents cardiaques.

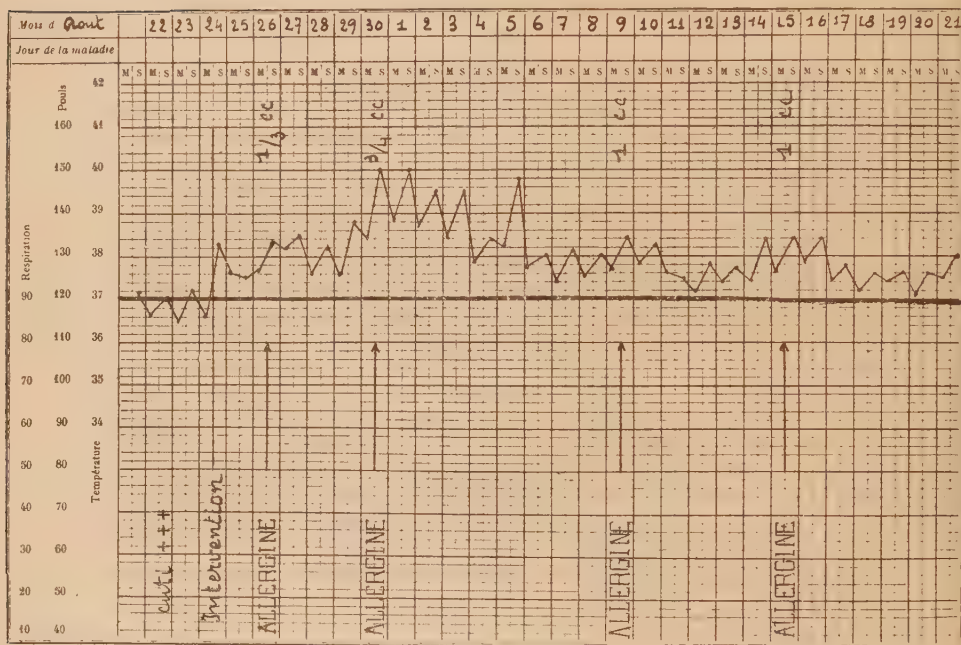
Il y a six mois, il s'est mis à souffrir de la région trochantérienne ; la marche devint douloureuse et à plusieurs reprises il eut des poussées de fièvre.

Actuellement, il n'a pas de température ; c'est un bossu au thorax globuleux, aux lèvres cyanosées ; il souffre à la marche et on trouve une douleur précise à la palpation du grand trochanter. La radiographie montre une décalcification de l'épiphyse supérieure du fémur et des foyers d'ostéite du grand trochanter.

Le cœur est arythmique ; il existe un léger œdème

malléolaire. On trouve un peu de congestion des bases pulmonaires.

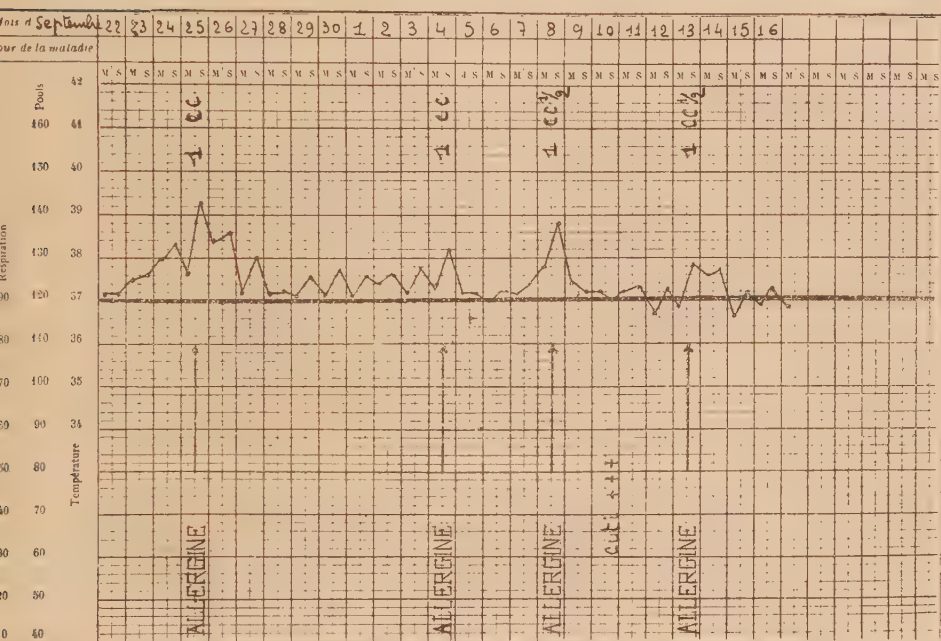
Le 24 août 1933 on procède, après cuti-réaction positive, à un évidement du grand trochanter ; curage du



col fémoral rempli de fongosités ; on mèche au sérum hypertonique et on draine. La fièvre s'allume à 38°2 : on commence l'Allergine ; la dose efficace pratiquée jusqu'au 15 octobre est de 1 cc. d'Allergine, ensuite 1 1/2 cc. Après chaque injection il élimine du pus lié ; l'élimination commence 24 à 36 heures après.

Le cœur supporte bien les réactions provoquées par le traitement.

En décembre 1933 il réagit de moins en moins. La suppuration est très réduite, l'exploration du trajet fistuleux conduit à une grosse perte de substance osseuse



sur 6 à 7 cm. de long. Pas de température en dehors des injections.

Vers la fin de décembre, commence à faire quelques pas ; la fistule donne quelques gouttes de sérosité purulente ; il ne souffre pas et son état général est bon.

En janvier 1934, il fait en s'appuyant sur sa canne le tour de la salle sans souffrir ; il a été atteint de bronchite, ce qui l'a laissé assez fatigué.

En avril 1934 il marche sans canne, ne réagit plus à

l'Allergine, sa fistule est tarie, son état général est bon.

OBSERVATION VIII

Le malade A..., âgé de 20 ans, entre dans le service atteint de tumeur blanche du cou-de-pied. Il est tombé le 13 juillet de 1 m. 50 de haut et a été soigné pour entorse.

Entre le 29 août 1932. Il est plâtré le 21 septembre. Température légèrement fébrile.

Cheville très augmentée de volume, région bi-malléolaire empâtée, douleur vive au niveau des malléoles, consistance fongueuse, fluctuation par place. La radio indique une décalcification avancée des os du pied, astragale en particulier dont on ne distingue ni la structure osseuse ni les contours. Cuti-réaction + +.

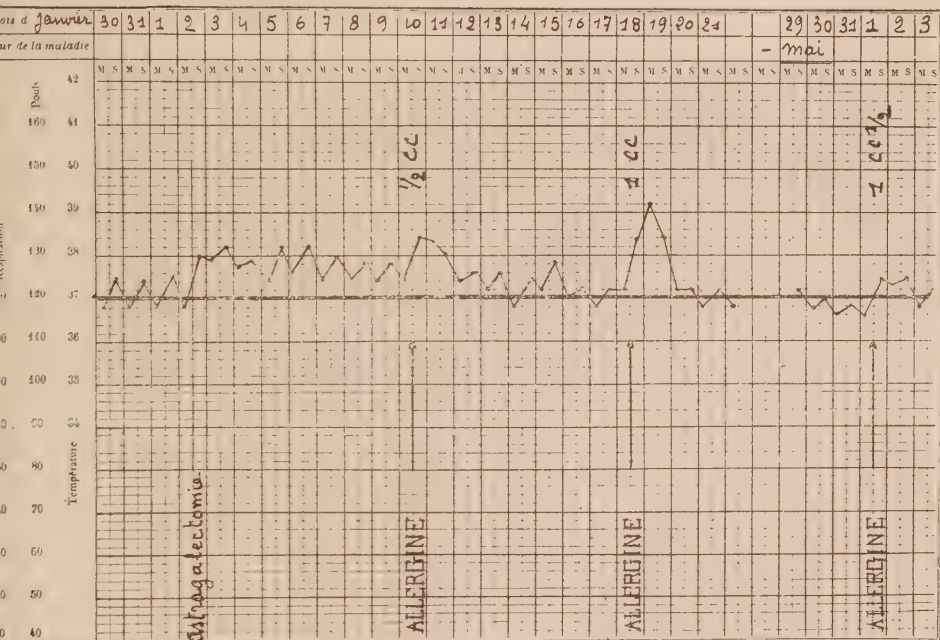
Le 27 novembre et 3 décembre, quinze jours après avoir commencé le traitement par l'Allergine, incision libérant du pus lié au niveau des deux malléoles ; décharge de pus après chaque injection d'Allergine.

Le 2 février 1933 astragalectomie ; os réduit à l'état de fongosités enlevées à la curette ; grattage de la pointe des malléoles ; drainage. La température qui s'est élevée à 38° au moment de l'opération retombe à la normale après deux injections d'Allergine ; mèches au sérum hypertonique. Les plaies se ferment par la formation de tissu chéloïde.

Le 10 juin 1933 exérèse large de ces tissus.

Le 26 août 1933 la fistule malléolaire interne est

tarie, la cicatrisation est faite ; il subsiste un trajet au niveau de la malléole externe admettant le style sur plusieurs centimètres. Bon état général. Le malade ne souffre pas et ne réagit presque plus à l'Allergine.



En novembre exérèse large de tissu chéloïde engainant la fistule externe ; la curette ramène quelques fongosités et débris céséux ; réagit à la première injection d'Allergine. On enlève le plâtre ; rayons ultra-violets.

Fin décembre 1933 fistule externe tarie à son tour. Le malade ne réagit plus à l'Allergine ; il commence à marcher, ne souffre pas.

En février 1934 est en état de faire un trajet de 3 kilomètres par jour, s'appuyant sur une canne ; ne souffre pas. Bon appétit ; ne réagit plus à l'Allergine.

Il subsiste une limitation des mouvements de flexion et d'extension du pied qui ont perdu une partie de leur amplitude.

CHAPITRE V

CUTI. — DOSE EFFICACE

PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX LOCAUX FOCaux

TECHNIQUE DE LA RECHERCHE DE LA DOSE EFFICACE

CHAPITRE VI

CONTRE-INDICATIONS

CHAPITRE VII

PLACE QUE DOIT OCCUPER L'ALLERGINE

DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

TECHNIQUE D'APPLICATION DE L'ALLERGINE

Il convient de mettre en valeur d'après l'étude de ces observations les lois générales suivant lesquelles l'indication du traitement par l'Allergine a été posée

et la technique d'après laquelle il a été conduit et adapté à chacun des sujets considérés.

En premier lieu, la *cuti-réaction* positive au début de la maladie doit toujours, chaque fois qu'elle est recherchée au cours du traitement, demeurer telle. Elle permet d'explorer constamment la résistance du sujet.

Elle doit être cherchée toutes les fois où l'état général du malade inspire une inquiétude si légère fût-elle. Il faut citer aussi le grand intérêt que présente la réaction de VERNES-résorcine qui permet d'établir numériquement le pronostic et pratiquée à plusieurs reprises au cours d'un traitement elle signale le sens favorable ou défavorable de l'évolution par la comparaison des chiffres des différents examens.

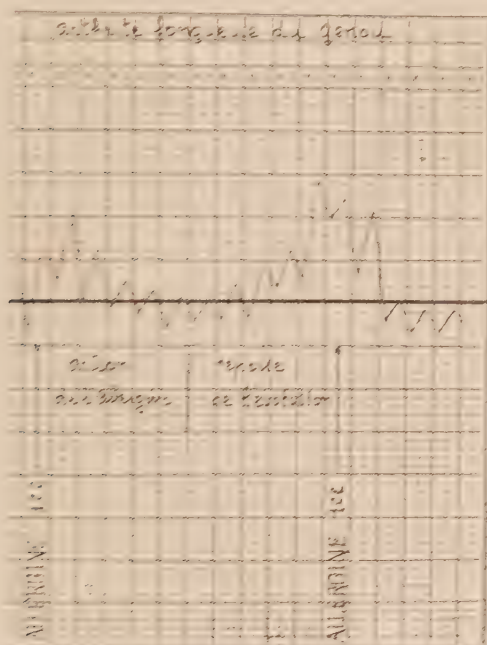
La seconde remarque qui s'impose est la suivante : *tout se ramène*, quelle que soit la frme envisagée, à la recherche de la *dose efficace* d'Allergine.

I. *La dose efficace* est celle qui provoque chez le malade un ensemble de phénomènes généraux, locaux et focaux qui commencent environ 6 heures après la piqure et se poursuivent pendant 12 heures et 36 heures après, se terminant brusquement par une amélioration mise en évidence par la chute de température à un degré inférieur à celui de la température initiale.

1° Les phénomènes généraux outre les malaises, nausées, courbature, céphalée, se traduisant par un clocher thermique dont l'intérêt est de tout premier ordre car de ses différents aspects on peut déduire des indications précieuses indispensables à l'orientation du traitement.

2° Les phénomènes locaux consistent en un érythème qui se développe au lieu d'injection prenant une allure phlegmoneuse et se dissipant en quelques jours.

3° Les phénomènes focaux apparaissent ; ils sont



différents suivant la forme envisagée ; chez un pulmonaire nous aurons un renforcement des bruits d'auscultation — élimination plus abondante des crachats purulents.

S'il s'agit d'une tuberculose séreuse, une hyper-production passagère de liquide suit la piqûre dans la plus grande partie des cas.

Si nous traitons une ostéite tuberculeuse nous assis-

terons le lendemain à une élimination de pus lié, différent du pus à grumeaux qui suinte d'une lésion non traitée. L'élimination de pus lié dans les lésions tuberculeuses est un phénomène spécial à l'action de l'Allergine. 24 à 36 heures après l'injection aux phénomènes douloureux d'inflammation succède un flot de pus lié qui est suivi d'une amélioration focale. Dans quelques cas bénins de périostite, la réaction focale ne sera traduite que par une sensibilité plus vive. Ces phénomènes se produisent d'une façon analogue dans les tuberculoses intéressant différents organes et dans les formes sous-cutanées en particulier. (Observations V et VI).

II. *Une dose d'Allergine trop élevée* déterminerait des phénomènes toxiques pouvant altérer gravement l'état du malade.

III. *Une dose trop faible* est susceptible de provoquer, au lieu d'une stimulation énergique du processus de défense, une simple excitation focale donnant un véritable coup de fouet à la maladie au lieu de la juguler.

On peut mettre en évidence le réel danger présenté par l'emploi de doses trop faibles sur le fragment de courbe de l'extrait de l'observation n° 3 où l'injection d'une dose supérieure d'Allergine a rétabli la situation compromise par une dose trop faible.

Pour rechercher la dose efficace on procède de la façon suivante :

En principe on pratique le matin une injection sous-cutanée de 1/4 cc. d'Allergine.

Trois jours après on injecte 1/2 cc., ensuite huit jours après 1/2 cc. Telle est la technique générale.

Dans ce cas on assiste à une réaction très faible, légère élévation de température, phénomènes focaux légers à la première injection de 1/4 cc.

Avec la dose supérieure de 1/2 cc. on obtient un clocher typique avec les phénomènes classiques qui caractérisent la dose efficace.

Il est des cas où le sujet se comporte différemment avec l'Allergine, ce qui commande quelques modifications à cette technique :

1° On obtient d'emblée une réaction efficace avec 1/4 cc., dans ce cas on garde tous les cinq jours ou tous les huit jours cette dose, quitte à monter la dose au bout de cinq à six injections, si par suite d'accoutumance du malade cette dose se montre insuffisante.

2° Il n'y a qu'une réaction insensible avec 1/4 cc., puis avec 1/2 cc. Il s'agit là d'un manque de sensibilité du sujet qui peut disparaître spontanément à la troisième ou quatrième injection. Il faut donc conserver la dose de 1/2 cc.

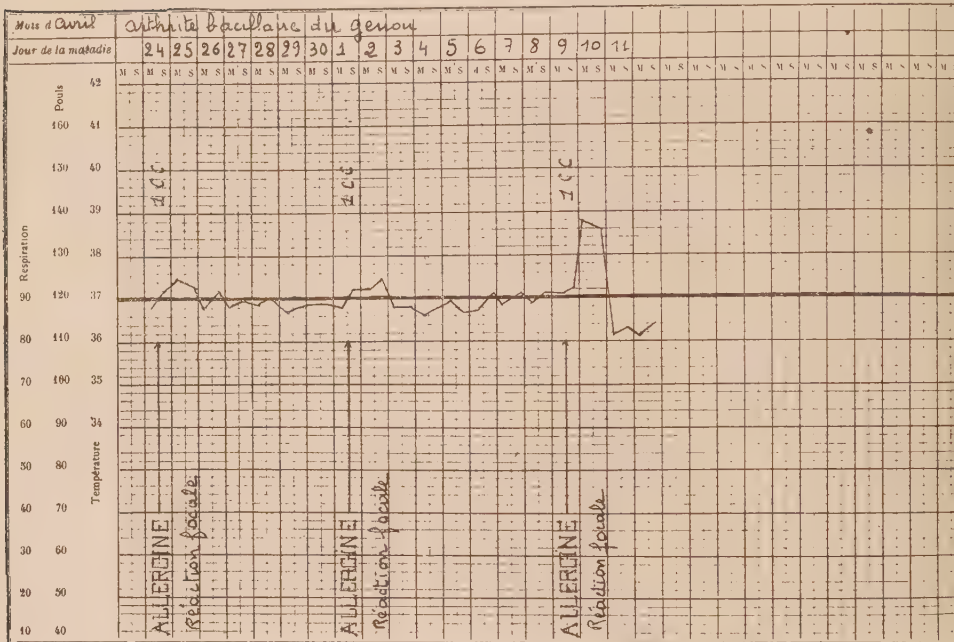
Au cours du traitement.

Si l'on voit la température s'allumer à l'occasion d'une injection d'Allergine et ne pas tomber les jours suivants, il s'agit :

1° Ou bien d'un fléchissement de la résistance du sujet dont témoignera la cutiréaction ou cessera le traitement si celle-ci est négative ;

2° Ou bien si la cutiréaction est positive, une stimulation focale par dose trop faible. Il deviendra indis-

pensable pour enrayer cette stimulation d'injecter trois jours après la dose insuffisante, la dose d'Allergine immédiatement supérieure (observation III) qui seule peut provoquer la réaction salutare. Nous avons déjà

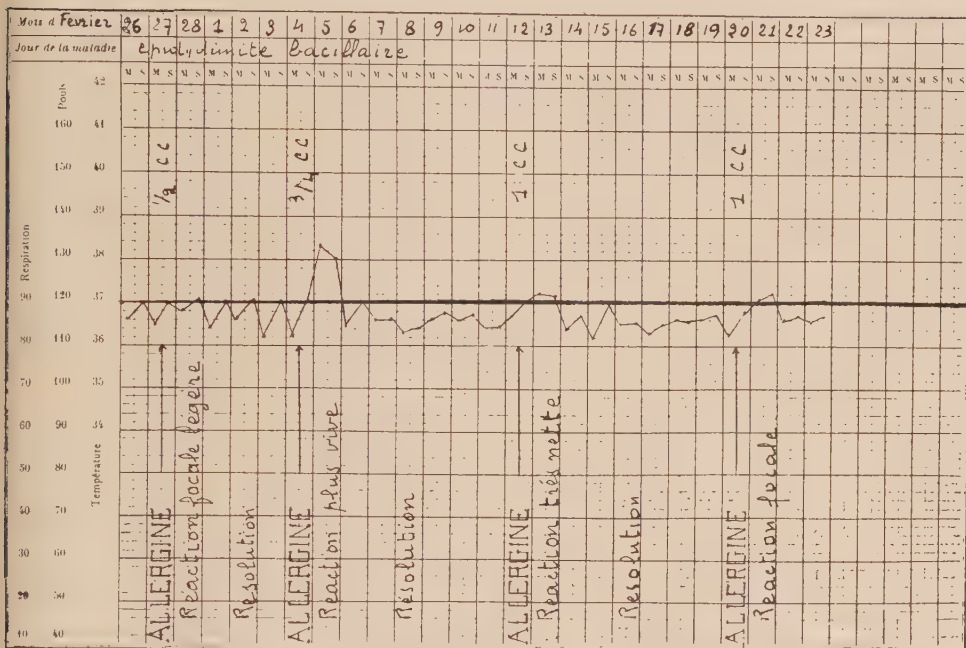


insisté sur le danger que peuvent présenter des doses trop faibles.

Exceptionnellement il existe des tuberculoses localisées et bénignes qui guérissent par l'Allergine sans provoquer de clocher thermique bien appréciable, en déterminant cependant des réactions focales.

Dans ce cas l'évolution de la maladie, la bonne qualité de la cuti pratiquée à des moments différents et

la netteté des réactions focales nous rassurent et on conserve la dose de $1/2 \text{ cm}^3$ ou 1 cm^3 qui les provoquent (courbe 16).



De quelle façon se présentent les réactions de l'Allergine au fur et à mesure qu'un malade s'achemine vers la guérison ?

On constate que le sujet réagit de moins en moins à des doses d'Allergine pour lesquelles il marquait une grande sensibilité au début du traitement, et le malade en arrive à ne plus présenter aucune sorte de réaction tant générale que focale, même si l'on augmente la dose.

Parallèlement on constate par tous les moyens de contrôle dont nous disposons : examen clinique, radioscopie, vernes-résorcine, la disparition progressive des signes pathologiques et le retour à la santé, l'appétit revient et le malade engraisse. Néanmoins on conserve pendant plusieurs mois une *injection témoin d'Allergine*. S'il arrive qu'une nouvelle poussée évolutive survienne à l'occasion par exemple des chaleurs de l'été, une élévation brutale de température chez un malade qui ne réagissait plus dénonce le réveil focal qui sans cette précaution eût passé pendant quelque temps inaperçu.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

CONTRE-INDICATIONS.

A. FORMELLES : Deux conditions formelles doivent être respectées dans l'emploi de l'Allergine : la première est celle que nous avons définie sous le nom d'*Allergie*. Le sujet doit être résistant — en vertu de cette condition on éliminera les cachectiques et les malades à cuti-réaction négative. Si même au cours d'un traitement la cuti pratiquée se montre négative on arrêtera immédiatement l'Allergine ; la recommandation du Professeur JOUSSET est formelle :

« Traiter un tuberculeux malgré une cuti mauvaise ou nulle peut aboutir à un désastre. »

La seconde condition définit la forme de la maladie. La tuberculose doit être *localisée* : on traitera les tuberculeux pulmonaires, présentant des signes nets de localisation, qu'elles soient uni ou bilatérales.

Des tuberculoses des séreuses, pleurésies, péritonites, les tuberculoses ganglionnaires, articulaires, osseuses, rénales, cutanées, même la méningite tuberculeuse, qui, ainsi qu'en témoigne la thèse de M^{me} JOUSSET, a fourni des succès indiscutables (5 à 7 %). Toutes ces formes, dans la mesure où elles présentent une évo-

lution relativement lente et peu fébrile, sont justifiées de l'Allergine.

Par contre, on évitera les tuberculoses suraiguës avec dyspnée et hyperpyrexie — formes granuliennes diffuses, à infiltration rapide où le foyer n'a pas le temps de se constituer — les Septicémies et toutes les fièvres d'invasion qui retombent dans les indications du sérum de JOUSSET et parfois de la chrysothérapie.

Attaquer de pareilles formes avec l'Allergine, ce serait non pas déclencher la bataille au niveau d'un foyer organisé, mais souffler sur de larges étendues qui sont semées de granulations qui ne permettent pas au malade de se défendre contre la maladie.

B. TEMPORAIRES : L'Allergine pourra servir cependant dès que la fièvre d'invasion est tombée, réduite par le sérum de JOUSSET par exemple, à attaquer les réserves de bacilles qui occupent le système lymphatique, empêchant toute nouvelle invasion bacillaire dans l'économie générale.

Comme autre contre-indication temporaire de l'Allergine, il faut citer les formes congestives hémoptoïques, la réaction focale risquant de provoquer une hémoptysie. On évitera en outre de traiter une femme en imminence de règles, en raison de la fatigue et de la tendance hémorragique que cet état entraîne.

Il sera prudent d'éviter l'emploi de l'Allergine pendant les fortes chaleurs, le bacille se trouvant dans des conditions de culture favorable qui les rendent redoutables à ces moments-là.

Il ne faudra pas pour les formes ostéoarticulaires employer les rayons ultra-violents et l'héliothérapie en période de réaction focale, mais l'on pourra faire des cures alternées.

CONCLUSION

L'Allergine, par les applications très étendues, est appelée à occuper une place importante dans la thérapeutique antituberculeuse ; associée à la collapsothérapie dans certaines formes bilatérales, elle permet d'attaquer un foyer alors que l'autre poumon est mis au repos par le pneumothorax.

Les formes qui échappent à la collapsothérapie en raison de symphyse pleurale tombent dans les indications de l'Allergine. On aura l'espoir très ferme, en cas d'échec du pneumothorax, de pouvoir se battre avec succès contre une tuberculose qui sans cela nous échapperait.

Toutes les conditions que nous avons énoncées plus haut étant respectées, l'Allergine pourra éviter aux péritonites une intervention chirurgicale, qui, bien qu'efficace, n'en est pas moins choquante.

En outre, d'une part, toutes les tuberculoses ostéo-articulaires qui échapperaient à la cure chirurgicale en raison du réveil focal occasionné par l'intervention, deviennent opérables grâce à l'Allergine, la température allumée par l'intervention tombe en deux ou trois injections en provoquant chaque fois une élimination

de pus lié dans les 48 heures qui suivent. D'autre part, les malades traités par l'Allergine, ainsi qu'en témoigne, en particulier, l'observation n° 8, ont conservé non seulement leur membre, mais un retour à l'état fonctionnel aussi complet que s'il s'était agi d'une infection à microbes banaux. Le but de la chirurgie de la tuberculose osseuse devient non plus l'ankylose, mais un retour à un état fonctionnel aussi voisin de l'état normal que possible.

Le mal de Pott traité par l'Allergine avant que de trop grands désordres osseux entraînant un effondrement vertébral ne se soient produits, donne de beaux résultats, le tissu spongieux de l'os permet un drainage actif des produits d'élimination bacillifère.

Il est très certain que la discipline que comporte la cure de repos et la cure hygiénodiététique qui a pour effet de mettre le malade dans les meilleures conditions de lutte possible acquière plus de relief encore dans la médication allergique que dans la plupart des autres thérapeutiques en raison du capital précieux que représente la résistance du malade.

Quelque beaux que puissent être les résultats dont l'Allergine, il n'en est pas moins vrai que des difficultés peuvent être rencontrées dans l'indication et même au cours du traitement. Il faut s'efforcer de les résoudre, afin de parvenir à une interprétation aussi exacte que possible de réaction du malade en se défiant d'un enthousiasme qui, devant de beaux résultats obtenus, pourrait nous aveugler. Il peut arriver que les moyens d'appréciation viennent à man-

quer en présence de cas douteux, que les souches bacillaires de l'Allergine ne correspondent pas à celles du bacille infectant un malade donné, c'est pourquoi il faut en porter l'indication et en suivre les effets avec prudence, en soulignant que la prudence ne consiste pas à faire l'Allergine à toutes petites doses qui, nous l'avons vu, sont parfois plus dangereuses que les doses plus fortes.

Somme toute l'Allergine se présente pour le clinicien comme une arme de première valeur, qui complète heureusement les divers traitements classiques de la Tuberculose.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

P. MATHIEU.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

CALMETTE. — L'infection bacillaire et la Tuberculose chez l'homme et les animaux.

MONDE MÉDICAL. — Numéro du 1^{er} au 15 novembre 1931. Articles de BABONNEIX, LÉON BERNARD, ARMAND-DELILE, BESANÇON, PIÉRY et PAUL COURMOND sur la Prophylaxie et le Traitement de la Tuberculose pulmonaire.

— 1^{er} août 1932. Valeur de la cutiréaction chez l'adulte, par R. GADAUD.

— 1^{er} octobre 1932. La bacillémie tuberculeuse et les bacilles de Koch de sortie vue par un clinicien, E. SERGENT.

— 13 janvier 1933. La Tuberculose des ganglions bronchiques forme anatomo-radiologique. CHARLES LESTOCQUOY.

— 1^{er} février 1934. L'orchyépidymite tuberculeuse, par RENÉ BOUCHARD.

COLANERI (XAVIER) et GUÉRIN (PAUL). — Péritonite tuberculeuse grave traitée par l'intervention et guérie par l'Allergine. *Bulletin de la Société de Gynécologie*, février 1934.

JOUSSET (Professeur ANDRÉ). — L'Allergine n'est pas la Tuberculine (chez Masson et Cie).

ARCHIVES DE L'INSTITUT PROPHYLACTIQUE (EXTRAIT). — Tome V, n° 3, 1933, pages 263 à 287.

- Importance de la réaction de Vernes-Résorcine dans le dépistage des vrais et des faux tuberculeux (GUÉRIN, PAUL).

JOUSSET (M^{me}). — Etude et traitement de la méningite tuberculeuse (*Thèse* 1933).

JOUSSET (A.). — Traitement de la tuberculose par l'Allergine (*Presse Médicale*, 16 mars 1929 : *Monde Médical*, 1930, n° 779).

BARTHEL (MADELEINE). — Contribution à l'étude du traitement préventif et curatif par l'Allergine des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax thérapeutique (*Thèse Paris*, 1931).

